



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**FACULDADE DE CEILÂNDIA**

**CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**TAMARA SILVA DA COSTA**

**CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL E PERFIL  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ANO DE 2015**

**BRASÍLIA**

**2015**

**TAMARA SILVA DA COSTA**

**CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL E PERFIL  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ANO DE 2015**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ceilândia, da Universidade de Brasília, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo

**BRASÍLIA**

2015

**TAMARA SILVA DA COSTA**

**CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL E PERFIL  
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ANO DE 2015**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva e aprovado em sua forma final pelo Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Aprovada em: 11/12/2015

---

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo

Universidade de Brasília - UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Msc. Carla Pintas Marques

Universidade de Brasília - UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel

Universidade de Brasília - UnB

**BRASÍLIA**

**2015**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus que me presenteou com o dom da vida, conduziu e iluminou meus caminhos, me concedeu sabedoria para lutar por um mundo equânime e sustentou minha fé nos momentos de dificuldade. Aos meus pais, Mary Rose e Pedro Ferreira que me ensinaram que o conhecimento é a maior riqueza de que podemos dispor, que me apoiaram e ajudaram a alcançar meus objetivos. Ao meu noivo e melhor amigo, Roniere Constâncio, pelo amor, paciência, parceria, confiança e por me ajudar a usar a razão nos momentos em que as emoções foram mais fortes nesses quatro anos.

Sou plenamente grata a todos os professores e profissionais com que tive o privilégio de estudar e trabalhar durante essa trajetória, pelo compartilhamento de ideias e ideais, especialmente ao Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo, pela orientação, paciência e por compartilhar comigo seus conhecimentos. Aos membros da banca Prof<sup>a</sup>. Msc. Carla Pintas Marques e Prof<sup>a</sup>. Dra. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel por aceitarem fazer parte desse momento tão importante. À minha querida Prof<sup>a</sup>. Dra. Inez Montagner, por me inspirar e me ensinar a amar a Saúde Coletiva desde o primeiro semestre, sempre admirei a paixão com a qual conduz sua vida e profissão. Aos professores Flavia Reis de Andrade, Silvia Badim, Olga Maria Ramalho, José Iturri e demais professores da Saúde Coletiva que cultivaram em mim o pensar criticamente sobre a saúde e à Talita Mosquetta Maleski Almeida pela excepcional ajuda na realização desse trabalho.

À minhas amigas/irmãs com as quais fui presenteada, Tatyere Constâncio, Desirée Marques, Sarah Olimpio, Viviane Carvalho, Dayane Ferreira e Giovana Cardoso por estarem comigo nesses quatro anos, pelos momentos e conhecimento de que partilhamos. Desenho que essa amizade seja pra toda a vida.

À todos, deixo meu sincero agradecimento.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

Charles Chaplin

## RESUMO

**Introdução:** O consultório na rua é uma estratégia integrada à Atenção Primária à Saúde, são equipes de caráter itinerante e multiprofissionais, norteadas pelos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade que oferece e coordena a atenção a saúde a população em situação de rua, prevista a Política Nacional de Atenção Básica e definida pela portaria nº 122 de 2011. O Distrito Federal tem aproximadamente 2.512 pessoas vivendo em situação de rua segundo Censo realizado pelo Projeto Renovando a Cidadania em 2010 e conta com três consultórios na rua, sendo localizados em Plano Piloto (Brasília), Taguatinga e Ceilândia. **Objetivos:** Descrever os consultórios na rua do Distrito Federal e o perfil dos profissionais no ano de 2015. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional e descritivo de caráter transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa, descrevendo o perfil demográfico dos profissionais e caracterizando os consultórios na rua e as atividades desenvolvidas pelas equipes. **Resultados:** As três equipes de consultório na rua do Distrito Federal apresentam estruturas distintas referentes a tecnologias que influenciam diretamente em sua produtividade. A equipe do Plano Piloto situa-se em espaços junto ao Centro POP e conta com oito profissionais de saúde – 44,4%, Taguatinga e Ceilândia dividem espaços a centros de saúde e contam com cinco profissionais cada – 27,8%, dentre a população, maioria – 66,7% são de nível superior, e 33,3% são técnicos em enfermagem. As equipes são compostas predominantemente pelo sexo feminino – 55,6% e jovens, na faixa etária de 26-30 anos, com média de 25,3 meses de tempo de serviço, sendo que a distribuição é maior no intervalo de 31-36 meses, exercendo 20 ou 40 horas semanais. As equipes possuem carro, sendo que apenas Taguatinga tem motorista lotado à equipe. **Considerações Finais:** É necessária a criação de mais consultórios na rua para cobrir todo o território em saúde, fortalecer e ampliar os recursos tecnológicos dos consultórios na rua já estabelecidos no Distrito Federal, além de serem necessárias mudanças na portaria nº 122 de 2011 que visem flexibilizar a carga horária e a inclusão de motorista como profissional exigível a compor a equipe.

**Palavras-chave:** População em Situação de Rua; Consultório na Rua; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The office in the street is an integrated strategy to Primary Health Care, are itinerant and multidisciplinary teams, guided by the principles of Universality, Completeness and Fairness that offers and coordinates the attention to health in the homeless persons, provided to National Policy Basic and defined by ordinance nº. 122 of 2011. The Distrito Federal has about 2,512 homeless people according census conducted by the Renewing Citizenship Project in 2010 and has three offices in the street, being located in the Plano Piloto (Brasília), Taguatinga and Ceilândia. **Objectives:** To describe the offices in the street of the Distrito Federal and the professional profile in the year 2015. **Methods:** This was an observational and descriptive of transversal study, quantitative and qualitative approach, describing the demographic profile of professionals and featuring offices in the street and the activities developed by the teams. **Results:** The three office teams on the streets of the Federal District have different structures related to spaces and technologies that influence directly in their productivity. The master Plano Piloto team is located in spaces next to POP Center and has eight health workers - 44.4%, Taguatinga and Ceilândia divide lengths health centers and have five 27,8% each- professionals, among the population, most- 66.7% are top level, and 33.3% are nurses. The teams are composed predominantly feminine-sex by 55.6% and young people, aged 26-30 years, mean 25.3 months of service time, and the distribution is higher in the range of 31-36 months , exercising 20 or 40 hours a week. The teams have car, and only Taguatinga has driver in the team. **Final Thoughts:** It is necessary to create more offices in the street to cover the entire territory in health, strengthen and expand the technological resources of the offices in the street already established in the Distrito Federal, as well as being necessary changes in the Ordinance Nº 122 of 2011 to ease the workload and the inclusion as a professional driver required to compose the team.

**Key-words:** Homeless Persons; Office in the street; Primary Health Care.

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Percentual de atendimentos/procedimentos realizados por profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015. ....	37
Gráfico 2. . Percentual de atendimentos/procedimentos realizados por consultório na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015. ....	39



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1. Estrutura dos consultórios na rua do Distrito Federal no ano de 2015 .....	28
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência de profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015. ....	30
Tabela 2. Frequência de nível de formação acadêmica e profissão/ocupação dos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015....	31
Tabela 3. Distribuição por sexo, idade e tempo de trabalho dos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015. ....	32
Tabela 3. Distribuição por sexo, idade e tempo de trabalho dos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015. (Continuação) .....	33
Tabela 4. Frequência de usuários atendidos, procedimentos e encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em fevereiro de 2015. ....	35
Tabela 5. Frequência de atendimentos/procedimentos realizados por profissionais de saúde dos consultórios na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015. ....	36
Tabela 6. Frequência de atendimentos/procedimentos realizados por consultório na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015. ....	38
Tabela 7. Frequência de Encaminhamentos, segundo categorias, realizados pelos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em fevereiro de 2015. ....	40

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
DIRAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RA	Região Administrativa
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAs	Regiões Administrativas
SAPS	Subsecretaria de Atenção primária à Saúde
SEDEST	Secretaria de Desenvolvimento Humano e Social
SES DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	14
2. MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	16
2.2 O DIREITO À SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA .....	18
2.3 O CONSULTÓRIO NA RUA.....	19
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GERAL .....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
4. METODOLOGIA .....	23
4.1 CENÁRIO DO ESTUDO.....	23
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO .....	23
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	24
4.4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS .....	24
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	25
5. RESULTADOS .....	27
5.1 ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL.....	27
5.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL.....	29
5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL.....	34
6. DISCUSSÃO.....	41
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
REFERÊNCIAS .....	46
APÊNDICES .....	50

APÊNDICE I – ROTEIRO DA ENTREVISTA .....	50
APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) .	51
ANEXOS .....	53
ANEXO I– PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL.....	53

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com Censo da População em Situação de Rua do Distrito Federal realizado pelo Projeto Renovando a Cidadania em 2010 há 2.512 pessoas vivendo em situação de rua, entre crianças (319), adolescentes (221) e adultos (1.972). Pessoas em situação de rua, que nela criam suas relações sociais e seus meios de sobrevivência, reflete a desigualdade social do país, essas desigualdades impactam na saúde da população (BRASIL, 1988; BRASIL, 2008a).

A Saúde é um direito social garantido a todos pela Constituição Federal de 1988, e regulado pela Lei Orgânica da saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 que institui o Sistema Único de Saúde – SUS como sistema de saúde pública, universal, integral e equânime, sendo a Atenção Primária à Saúde – APS a sua porta de entrada e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a).

A população em situação de rua é heterogênea, entretanto compartilham da vulnerabilidade que o viver na rua propicia e caracterizando-se como um desafio atuar sobre a saúde dessa população. Visando promover saúde, de forma a respeitar e integrar os princípios do SUS, à população em situação de rua, em 25 de Janeiro de 2011 foi estabelecido a portaria nº 122, definindo as diretrizes e normas para organização e funcionamentos das equipes de consultórios na rua previstos pela portaria nº 2.488 de 25 de janeiro de 2011 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (CABORNE, 2000; BRASIL, 2011a, BRASIL, 2011b).

O consultório na rua surgiu de um programa denominado “consultório de rua” em 1999 em Salvador, Bahia, voltado para dependência às drogas de crianças e adolescentes em situação de rua, vinculado a Política de Saúde Mental e Atenção Integral a Usuários de Drogas, que atuava na percepção da redução e danos. O consultório na rua vem como proposta de oferecer saúde de forma integral a população em situação de rua, indo além da perspectivas dos agravos em saúde ocasionados pelo uso e dependência de drogas, passando a ser vinculado à PNAB (ABIB E DAMICO, 2013; LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014 ).

Trata-se se uma estratégia dentro da APS norteada pelos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade que busca oferecer atenção a saúde a população em situação de rua. São equipes multiprofissionais, que pode ser composta por enfermeiro, psicólogo, assistente

social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico em enfermagem, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde que buscam atender os problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua em todas suas especificidades, ampliando o acesso dessa população aos serviços de saúde. Os consultórios na rua devem ter caráter itinerante, indo até a população em situação de rua, e atuando nesse espaço social sempre que possível (BRASIL, 2011b).

A APS deve ser a porta de entrada preferencial do usuário pela RAS, devendo produzir integralidade na atenção considerando as singularidades e inserção sócio-cultural da população. Entretanto, não cabe apenas a APS/consultório na rua atender e prestar serviços a população em situação de rua, a responsabilidade é comum a todos e quaisquer profissionais do SUS, cabendo aos profissionais dos consultórios na rua, exclusivamente, articular a prestação de atenção integral como coordenadora da RAS. A APS são caracterizadas como ações de saúde que visam a promoção, prevenção e reabilitação em na esfera individual e coletiva, ampliando o acesso a serviços de saúde, impactando nos determinantes e condicionantes de saúde mantendo e fortalecendo a autonomia do sujeito (BRASIL, 2011a).

Existem atualmente no Distrito Federal três consultórios na rua, sendo localizados em Plano Piloto (Brasília), Taguatinga e Ceilândia. Como uma estratégia recente (menos de cinco anos) são escassos o estudo acerca dos consultórios na rua pouco se sabe sobre a presente composição das equipes e/ou os desafios presentes em seus processos de trabalho. Portanto, o presente estudo tem por objetivo descrever os consultórios na rua do Distrito Federal e o perfil dos profissionais de saúde que atuam nas equipes (BRASIL, 2011b; DUNTRA, 2014).

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA**

No Brasil, o termo população em situação de rua é mais abrangente que em outros países, mais do que “ausência de casa”, o termo consolidado expressa a situação do sujeito em relação à rua. São consideradas população em situação de rua as pessoas que se situam em extrema vulnerabilidade e exclusão social, e consideram a rua como sua casa ou parte dela, incluindo os indivíduos que vivem em logradouros públicos ou pernoitam em instituições, como por exemplo, albergues, abrigos e igrejas. Nas ruas elas criam suas relações, e promovem seu sustento (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua a existência de pessoas que fazem da rua seu lar e meio de sobrevivência reflete a desigualdade social presente no Brasil. (BRASIL, 2008a). De acordo com Santana (2014) a vulnerabilidade das pessoas em situação de rua se manifesta na pouca longevidade, na dificuldade em acessar recursos públicos e privados, e no desprovimento de educação básica. Ademais, Nordentoft e Wandall-Holm (2004) aferem em estudo realizado na Dinamarca que a taxa de mortalidade entre pessoas em situação de rua é quase quatro vezes mais elevada do que a população em geral.

Os determinantes sociais, em que as pessoas em situação de rua são expostas, como por exemplo, a pobreza, fome, frio, baixo nível de educação, dificuldade no acesso a serviços de saúde, estigma social, entre outros, são fatores que tendem a aumentar os riscos de contrair doenças ou apresentar determinados agravos em saúde, além do consumo de drogas e sexo sem uso de preservativos, impactando negativamente na saúde física e mental de pessoas em situação de rua (SANTANA, 2014; AMIRI et al. 2014).

A população em situação de rua é heterogênea, são pessoas de diferentes origens, diferente escolaridade, diferentes estratégias de sobrevivência, diferentes formas de ter chegado a rua. Todavia, trata-se de uma população bastante peculiar em sua vulnerabilidade, possuem em comum a garantia da sobrevivência por meio de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a não referência de moradia regular, não se enxergam e não são enxergados por uma parcela



significativa da sociedade como sujeitos de direito. Suas relações na rua seguem seus próprios padrões de tempo e identidade (CARBONE, 2000; FERREIRA, 2006; BRASIL, 2008a BRASIL, 2011c).

Trata-se de uma população estigmatizada pela sociedade e pelo Estado, cujas atuações costumavam ser de cunho assistencialista, paternalista, autoritárias e/ou na concepção de “higienização social”, não atuando sobre os determinantes e condicionantes de saúde dessa população em suas especificidades e em sua complexidade. O processo de reinserção social da população em situação de rua é complexo, pois excedem essas perspectivas antes adotadas, buscando a reintegração dessa população nas lógicas familiar, de moradia, de renda, entre outras esferas que permeiam a problemática, buscando reinseri-lo com cidadão de direitos na sociedade (BRASIL, 2008a).

Os problemas clínicos mais comuns junto a população em situação de rua são: problemas nos pés, por andarem muito, descalços ou com sapatos de numeração inadequada; Infestações, como piolho, devido a dificuldade de acesso a locais para higiene pessoal e saúde bucal; Tuberculose, que apesar de haverem poucos estudos é considerado um grave problema de saúde na população em situação de rua; Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e hepatites virais; Gravidez de alto risco, por motivos como a não realização de pré-natal, uso de drogas, anemia, HIV positiva e abandono de tratamento; consumo de álcool e drogas, acarretando agravos relacionados a saúde mental; e doenças crônicas, como por exemplo hipertensão, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica, fortemente relacionadas aos hábitos de vida dessa população, consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas, alimentação inadequada, entre outros (BRASIL, 2012; AMIRI et al. 2014)

Estudos mostram que a grande maioria da população em situação de rua, mais de 80%, é do sexo masculino, sendo mais da metade jovens entre 12 e 25 anos. Mais de 60% se declararam afrodescendentes (entre os que se declaram pardos e negros), mais de 50% recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2012; JORGE E CORRADI-WEBSTER, 2012; AMIRI et al. 2014).

Segundo o Censo da População em Situação de Rua do Distrito Federal realizado pelo Projeto Renovando a Cidadania em 2010, há 2.512 pessoas vivendo em situação de rua, dentre essas, 319 são crianças, 221 adolescentes e 1.972 adultos. A maior parcela dessa população é composta pelo sexo masculino, 74,6%, sendo os demais 25,4% do sexo feminino.

O censo ainda aponta a distribuição dessa população por raça/cor, sendo que 44,4% é composta por negros, 42,2% pardos, 16,5 brancos, 0,5% amarelos e 0,4% indígenas (GATTI e PEREIRA, 2011).

## 2.2 O DIREITO À SAÚDE E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde – OMS como “completo bem estar físico, mental e social”, sendo saúde complexa e determinada por fatores sociais (OMS, 1954). Em 1986 na 8ª Conferencia Nacional de Saúde a saúde adquiriu uma nova concepção, ainda mais abrangente, como resultante das condições de alimentação, habitação, renda, trabalho, acesso a serviços de saúde, entre outros condicionantes e determinantes de saúde (BRASIL, 1986).

No ano de 1988, a Constituição Federal instituiu os direitos sociais, assegurou dentro da seguridade social, o direito a saúde e direito a assistência social. Saúde foi definida pela Carta Magna como “[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, sendo regulado pela Lei Orgânica da saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 que institui o SUS como sistema de saúde pública, universal, integral e equânime, sendo a APS a sua porta de entrada e coordenadora da RAS (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a; MENDES, 2011).

Após a instituição do SUS, o direito a assistência social foi regulado pela Lei Orgânica da Assistência Social Lei nº 8.742 de 1993, ambas legislações compreendem como necessário ações intersetoriais entre a saúde e a assistência social para atuar sobre a população em situação e rua de forma integral (BRASIL, 1990; BRASIL, 1993).

A Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua de 2008 busca orientar a construção e execução de políticas pública direcionadas ao segmento populacional em situação de rua, definindo parâmetros para as regulações que visam seu

reconhecimento como sujeito de direito, indo no sentido contrário da histórica marginalização das prioridades dos poderes públicos (BRASIL, 2008a).

Apesar de algumas experiências através do denominado Programa Saúde da Família Sem Domicílio, recomendado pela Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua e nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, a maior parte do contato entre os que residem nas ruas e os serviços de saúde se dão pelas urgências e emergências. Direitos básicos da população em situação de rua são cotidianamente negados, regras estabelecidas pelos serviços de saúde, como a exigência de documentações, dias e horários de funcionamentos, o estigma por parte dos funcionários e por parte da própria pessoa em situação de rua, são desafios para a atenção em saúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011c; JORGE E CORRADI-WEBSTER, 2012).

### 2.3 O CONSULTÓRIO NA RUA

A portaria nº 122 de 2011 do Gabinete do Ministério da Saúde define as diretrizes e normas para organização e funcionamentos das equipes de consultório na rua prevista pela portaria nº 2.488 de 2011 que aprova a PNAB, considerando os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde – APS como termos equivalentes. O Consultório na Rua vem como proposta de ampliação do acesso à atenção integral a saúde, pela APS (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2015).

O consultório na rua foi precedido pelo “consultório de rua” vinculado a política de saúde mental e atenção integral a usuários de drogas, entretanto, foi considerado reducionista no âmbito da saúde, e além de mudança na nomenclatura, o consultório na rua passou a ser vinculado ao SUS, abrindo um valioso espaço para discutir e atuar sobre outros problemas de saúde que atingem essa população, além daqueles vinculados ao uso de substâncias psicoativas (ABIB E DAMICO, 2013; LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014).

Os consultórios na rua são compostos por equipes multiprofissionais, contrárias ao modelo medico-centrado, que pode ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico em enfermagem e técnico em saúde bucal, que busca atender os problemas e necessidades de saúde da população em situação de

rua em todas suas especificidades (BRASIL, 2011b; ABIB E DAMICO, 2013; BRASIL, 2015).

A presença de diferentes formações profissionais, bem como, um alto nível de articulação entre eles é primordial para o processo de trabalho na perspectiva da APS, pois possibilita ações compartilhadas que usam o espaço interdisciplinar para articular conhecimentos distintos de forma complementar, ampliando a competência em exercer cuidados em saúde por parte da equipe (BRASIL, 2011a).

A portaria nº 122 de 2011 classifica as equipes multiprofissionais dos consultórios na rua em três modalidades: modalidade I, composta de no mínimo quatro profissionais, sendo dois de nível médio e dois de nível superior; modalidade II, composta por no mínimo seis profissionais, três de nível médio e três de nível superior; e modalidade III, com a mesma composição da modalidade II acrescida de um médico, sendo a carga mínima de 30 horas a ser exercida pelos profissionais de saúde. Além de prever um incentivo financeiro de custeio mensal para cada modalidade a ser repassada diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e ao Fundo Distrital (BRASIL, 2011b).

A portaria nº 122 de 2011 define que as equipes dos consultórios na rua realizem a busca ativa das pessoas em situação de rua, sendo a porta de entrada preferencial do SUS, coordenando o cuidado de forma integral e longitudinal, prestando atenção à saúde dessa população in loco, devendo haver a disponibilização de um veículo para deslocamento das equipes dos consultórios na rua por parte do gestor municipal/distrital de saúde, que deverá ser mantido devidamente identificado (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

Ademais, a portaria reconhece e prevê a necessidade de encaminhamentos na RAS e atividades intersetoriais, a equipe do consultório na rua deve prever em seu processo de trabalho momentos para reuniões entre a equipe do consultório na rua, e entre a equipe do consultório na rua e outras equipes como, por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NAFS, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Conselho Tutelar, entre outros setores que permeie a problemática (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

As atividades desenvolvidas pelos consultórios na rua são realizadas na rua de forma itinerante, devendo se adequar as demandas da população em situação de rua, podem ser

realizadas em quaisquer dias da semana no período diurno e/ou noturno, e se necessário, utilizam as instalações das UBS por meio de parcerias entre as equipes (BRASIL, 2015).

Por fim, para Jorge e Corradi-Webster (2012) a prática da atenção à saúde da população em situação de rua no espaço físico da rua deve ser composta pelo saber, experiência e cultura das pessoas, visando construir e constituir saúde por meio da relação interpessoal baseada no vínculo, no acolhimento e na escuta qualificada.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever os consultórios na rua do Distrito Federal e o perfil dos profissionais no ano de 2015.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Relatar a estrutura dos consultórios na rua do Distrito Federal;
- Explicar as características demográficas dos profissionais que atuam nos consultórios na rua do Distrito Federal; e
- Caracterizar as atividades desenvolvidas no âmbito de cada consultório na rua do Distrito Federal.

## **4. METODOLOGIA**

O presente estudo é observacional e descritivo, de caráter transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa acerca dos consultórios na rua do Distrito Federal e os profissionais de saúde que neles atuam. Descrevendo, por meio de uma análise de dados, o perfil demográfico dos profissionais, bem como, caracterizando os consultórios na rua como uma estratégia da APS.

### **4.1 CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo foi realizada nas três unidades/equipes de consultórios na rua da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES DF. Localizados no Plano Piloto, em Brasília (903 Sul, em espaço conjunto com o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP), Taguatinga (Setor Norte, Área Especial, nº16, funcionando em espaço conjunto com o Centro de Saúde nº 6) e em Ceilândia (QNM 16, Módulo F, Área Especial, funcionando junto ao espaço do Centro de Saúde nº 05).

### **4.2 SUJEITOS DO ESTUDO**

Os sujeitos do estudo foram os profissionais que compunham uma das três equipes dos Consultórios na Rua do Distrito Federal entre os meses de Agosto e Setembro de 2015, e o Diretor de Áreas Estratégicas, da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde SAPS da SES DF.

Entre os Critérios de Inclusão, os sujeitos do estudo deveriam ter idade acima dos 18 anos e ocupar cargo em um dos três consultórios na rua do Distrito Federal no período estudado. Os Critérios de exclusão foram a declaração de não querer participar da pesquisa por parte do profissional, ser estagiário, ou estar afastado por licença médica ou férias.

### 4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foram realizadas visitas observacionais nas três unidades dos consultórios na rua do Distrito Federal, para caracterizar o local, realizados entre os meses de agosto e setembro do ano de 2015.

Empregou-se o uso de uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE I) realizada no mesmo período, de caráter quantitativo e qualitativo, composto por dois núcleos: cabendo a este estudo o Núcleo I, para descrição demográfica dos profissionais, sendo as variáveis de análise a idade, o sexo, a profissão/formação, a ocupação profissional dentro do consultório na rua, o tempo em meses que trabalha no consultório na rua, a modalidade em que atua o consultório na rua em que trabalha (I, II ou III) e a quantidade de vezes por semana que desenvolvem atividades in loco.

Bem como, entrevista não estruturada realizada com a Diretoria da SAPS da SES DF no mês de setembro do mesmo ano, tendo por objetivos esclarecimentos acerca da modalidade, do incentivo financeiro recebido e da produtividade, mediante disponibilização de planilhas padronizadas no formato XLS de registro das atividades desenvolvidas pelos consultórios na rua do Distrito Federal.

### 4.4 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

As visitas observacionais às unidades dos consultórios na rua foram realizadas no período de agosto à setembro do ano de 2015, onde foram observados, a localização dos consultórios na rua, o espaço físico disponível (quantidade de salas), a presença de veículos para realizar as atividades in loco, acesso a linha telefônica e ao sistema de informação utilizado pela APS na SES DF, o Trackcare, visando caracterizar a estruturas de que dispõem as equipes.

Os dados obtidos por intermédio do núcleo da entrevista semiestruturada, de caráter quantitativos, foram inseridos no *Software EpiInfo® 7.5.1.2*, sendo atribuídos aos profissionais de saúde entrevistados um número de um à dezoito distribuídos aleatoriamente, visando sua identificação quanto sujeitos de pesquisa mas mantendo sigilo de sua identidade e



analisados por meio do mesmo, visando caracterizar demograficamente o perfil dos profissionais dos consultórios na rua entre os meses de agosto e setembro de 2015.

Após inserção dos dados no *Software* foi feita a análise descritiva do banco de dados criado, através de tabelas de frequências e percentuais, buscando descrever as características dos profissionais de saúde que laboram nos consultórios na rua do Distrito Federal. A distribuição geográfica das equipes de consultórios na rua foi distribuída como Plano Piloto, Taguatinga ou Ceilândia, formação acadêmica em nível médio ou superior, a distribuição segundo profissão/ocupação foi distribuída de acordo com a relação de profissionais de saúde sugeridas pela portaria nº 122 de 2011, sexo feminino ou masculino, a faixa etária foi distribuída a partir dos 18 anos, idade mínima para inclusão na pesquisa, até os 25 anos, posteriormente sequenciando de cinco em cinco anos para facilitar visualização na tabela, e o tempo de trabalho nos consultórios na rua foi apresentado em intervalos de seis e seis meses.

Os dados obtidos na entrevista não estruturada realizada na SAPS no formato XLS foram analisados com o auxílio do *Software* Excel® 2013 na elaboração de frequências de usuários atendidos, de atendimentos/procedimentos (atendimento individual, atendimento/educação em grupo, curativos, inalações, injeções, retirada de ponto, vacinas, testagem rápida, verificação de pressão arterial, verificação de glicemia, coleta de exames, visitas domiciliares e reuniões e outros) e encaminhamentos realizados (Atendimento Especializado, Internação Hospitalar ou Serviços de Urgência/Emergência). Ademais, foram elaboradas frequências e percentual de atendimentos realizados por profissional de saúde para cada equipe do consultório na rua.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O presente estudo faz parte do projeto intitulado "Tuberculose: Percepções dos profissionais dos consultórios na rua do Distrito Federal" submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob no. CAAE 39185514.7.0000.5553 cujo parecer foi aprovado nº. Nº 979.139, de 23 de fevereiro de 2015 (ANEXO I).

O estudo obedeceu as normas e diretrizes que regulamentam pesquisas que envolvem seres humanos, estando de acordo com a Resolução 466 de dezembro de 2012 da Comissão

Nacional de Ética em Pesquisas, comprometendo-se às exigências éticas e científicas fundamentais estabelecidas e a tratar os sujeitos envolvidos em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

A participação dos sujeitos foi de caráter voluntário, tendo por critério a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APENDICE II), sendo assegurada ao sujeito da pesquisa sua privacidade, proteção de sua imagem, a não estigmatização, além de que, as informações por eles prestadas são de caráter confidencial, garantindo que não sejam usadas em prejuízo das pessoas e das instituições, comprometendo-se a maximizar os benefícios e minimizar os danos e risco envolvidos.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 ESTRUTURA DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL

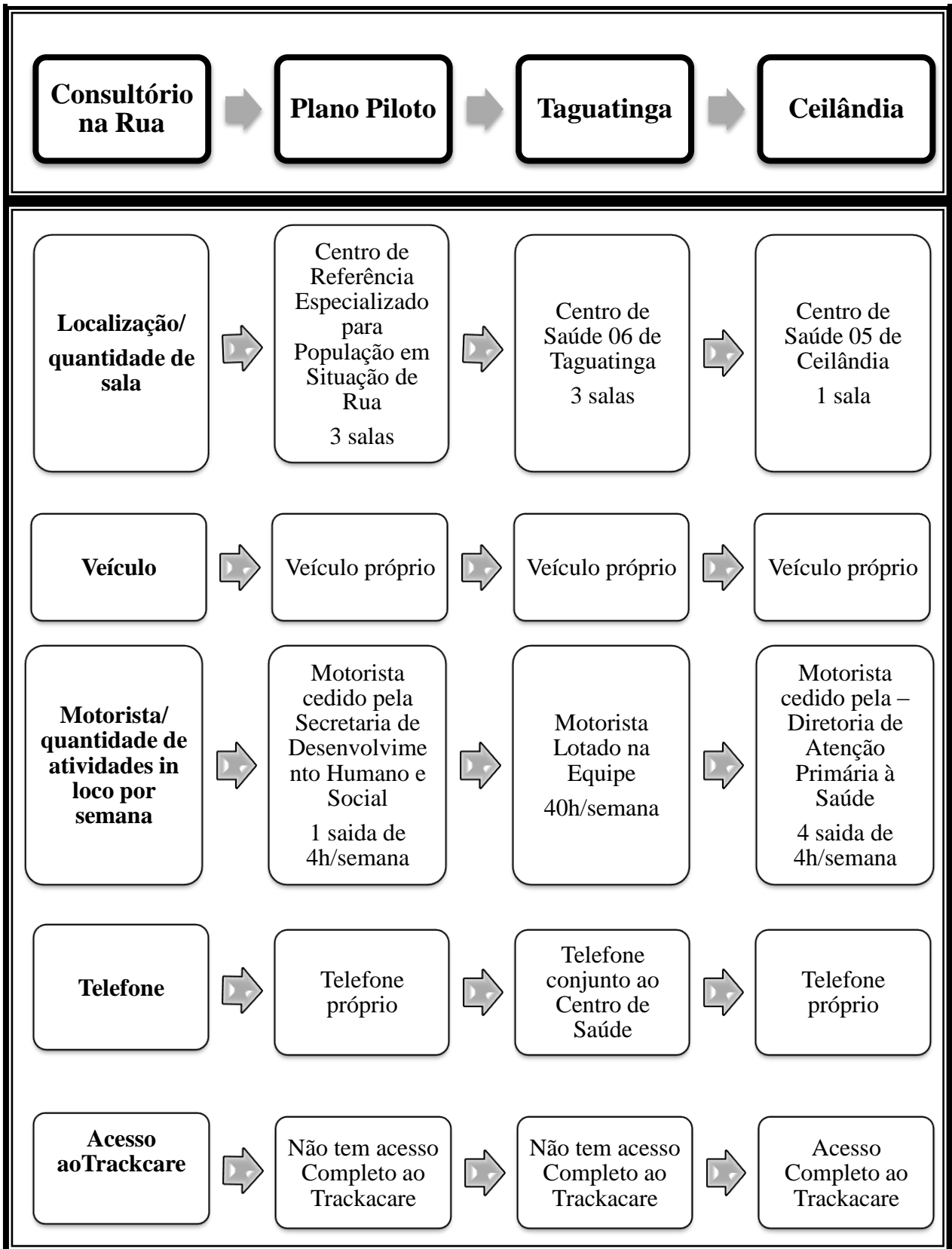
Há atualmente no Distrito Federal três unidades/equipes de consultórios na rua, localizados no Plano Piloto (Brasília), em Taguatinga e em Ceilândia.

O consultório na rua localizado no Plano Piloto é o mais peculiar entre os três, pois divide espaço físico com o Centro POP na 903 Sul. Exerce as atividades nos domínios de três salas que acomodam a equipe, sendo que os atendimentos e procedimentos de saúde são realizados em espaço distinto do espaço onde são realizadas as atividades administrativas do consultório na rua. A unidade possui veículo locomotivo próprio para realizar as atividades in loco, entretanto, não possui motorista lotado pela SES DF, dependendo para o trabalho de um motorista cedido por um ou dois períodos semanais de quatro horas pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano e Social (SEDEST), têm disponível acesso a linha telefônica própria (independente da linha telefônica do Centro POP), e não disponibiliza de acesso completo ao Sistema de Informação usado pelo SUS, o Trackcare (Figura 1).

Em Taguatinga, o consultório na rua está localizado dentro do espaço físico do Centro de Saúde nº 06 (Setor Norte, Área Especial, nº16). Operam em três salas dentro do centro de saúde, disponibilizam tanto de veículo locomotivo próprio como também de motorista lotado oficialmente na equipe. Não detém de acesso a linha telefônica própria (independente da linha telefônica do centro de saúde) e nem de acesso completo ao Trackcare (Figura 1).

Na unidade localizada em Ceilândia, o consultório na rua também é localizado dentro do espaço físico de um centro de saúde, o Centro de Saúde nº 05 na QNM 16, Módulo F, Área Especial, sendo disponível à equipe uma sala, onde são realizados, tanto atendimentos e procedimento, como também as atividades administrativas. Possui veículo locomotivo próprio e motorista cedido pela SES DF por quatro períodos de quatro horas por semana devido a uma parceria com a Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS). Têm acesso a linha telefônica própria (independente da linha telefônica do centro de saúde) e acesso completo ao Trackcare (Figura 1).

**Figura 1.** Estrutura dos consultórios na rua do Distrito Federal no ano de 2015



## 5.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL

Dentro das três equipes de consultório da rua existentes no Distrito Federal, foram identificados 18 profissionais de saúde entre os meses de agosto e setembro de 2015, sendo que deste total, quase metade (44,4%) estão lotados na unidade do Plano Piloto (Brasília) e os demais distribuídos igualmente entre os consultórios na rua de Taguatinga e Ceilândia (27,8%) cada (Tabela 1).

O consultório na rua do Plano Piloto (Brasília) é, entre os três existentes no Distrito Federal, o que possui maior quantidade de profissionais de saúde, representando 44,4% (N=8/18) do total (Tabela 1). A equipe multiprofissional é composta por quatro profissionais de nível superior que realizam 40 horas semanais, sendo um médico, um Psicólogo, um Enfermeiro e um Assistente Social, além de quatro profissionais de nível médio, dois Técnicos de Enfermagem que realizam 40 horas e dois Técnicos de Enfermagem que realizam 20 horas semanais.

Taguatinga representa 27,8% (N=5/18) do total de profissionais de saúde nos consultórios na rua do Distrito Federal (Tabela 1). A equipe é composta por quatro profissionais de saúde de nível superior que realizam 40 horas semanais, um médico, um Psicólogo, um enfermeiro e um assistente social, e um profissional de saúde de nível médio, um técnico em enfermagem de 20 horas semanais.

O consultório na rua de Ceilândia também representa 27,8% (N=5/18) do total de profissionais de saúde dos consultórios na rua do Distrito Federal (Tabela 1). A equipe apresenta um quadro de profissionais de saúde semelhante ao consultório na rua de Taguatinga, com 4 profissionais de nível superior que realizam 40 horas semanais, um médico, um psicólogo, um enfermeiro e um assistente social, entretanto, o profissional de nível médio, também um técnico em enfermagem, diferentemente de Taguatinga, realiza 40 horas semanais no consultório na rua em Ceilândia.

**Tabela 1.** Frequência de profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015.

<b>Consultório na Rua</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Plano Piloto (Brasília)	8	44,4
Taguatinga	5	27,8
Ceilândia	5	27,8
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Em relação a formação acadêmica 66,7% (N=12/18) dos profissionais dos consultórios na rua do Distrito Federal são de nível superior, representando 2/3 do total de profissionais dessa população. Podemos observar também, relacionado a profissão/ocupação, que o maior percentual fora dos técnico em enfermagem (33,3%), as demais profissões/ocupação possuem uma mesma proporção de 16,7%, exceto terapeutas ocupacionais, agentes sociais, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, que não existem no quadro profissional dos consultórios na rua do Distrito Federal, entretanto, são previstos pela portaria nº 122 de 2011 como possíveis profissionais a compor cargos nas equipes multiprofissionais dos consultórios na rua (Tabela 2).

**Tabela 2.** Frequência de nível de formação acadêmica e profissão/ocupação dos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Nível de formação acadêmica</b>		
Nível Superior	12	66,7
Nível Médio	6	33,3
<b>Profissão/ocupação no Consultório na Rua</b>		
I – enfermeiro	3	16,7
II – psicólogo	3	16,7
III – assistente social	3	16,7
IV – terapeuta ocupacional	0	0,0
V – médico	3	16,7
VI – agente social	0	0,0
VII – técnico ou auxiliar de enfermagem	6	33,3
VIII – técnico em saúde bucal	0	0,0
Agentes Comunitários de Saúde	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

A população de profissionais de saúde nos consultórios na rua do Distrito Federal é composta predominantemente pelo sexo feminino com 55,6% (N=10/18), sendo os demais 44,4% (N=8/18) composta por profissionais do sexo masculino. Em relação a faixa etária, a maior parte da população (44,4%) está concentrada entre as faixas etária de 26 a 30 anos. Sobre a relação do tempo de trabalho/serviço nos consultórios na rua do Distrito Federal

38,9% (N=7/18) dos profissionais de saúde tem de 31 a 36 meses, equivalente a um período maior que dois anos e meio a três anos (Tabela 3), a média de tempo de serviço é de 25,3 meses, a mediana e a moda são de 32 meses, sendo que o tempo mínimo é de um mês e o máximo de 44 meses.

**Tabela 3.** Distribuição por sexo, idade e tempo de trabalho dos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	10	55,6
Masculino	8	44,4
<b>Faixa Etária (em ano)</b>		
18 a 25	0	0,0
26 a 30	8	44,4
31 a 35	2	11,1
36 a 40	3	16,7
41 a 45	1	5,6
46 a 50	2	11,1
51 ou mais	2	11,1



**Tabela 3.** Distribuição por sexo, idade e tempo de trabalho dos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em agosto/setembro de 2015. (Continuação)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo de trabalho no Consultório na Rua (em meses)</b>		
1 a 6	3	16,7
7 a 12	2	11,1
13 a 18	0	0,0
19 a 24	3	16,7
25 a 30	0	0,0
31 a 36	7	38,9
37 a 42	0	0,0
43 ou mais	3	16,7
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

### 5.3 CARACTERIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL

Segundo entrevista não estruturada realizada com a gestão da SAPS, que compõe a SES DF, inicialmente, foram pactuados junto ao Ministério da Saúde três equipes de consultório na rua para o Distrito Federal, sendo que uma seria modalidade III (localizada no Plano Piloto) e outras duas de modalidade I (localizadas em Taguatinga e Ceilândia), entretanto, nenhuma das equipes se enquadra nas modalidades pactuadas segundo a portaria nº 122 de 2011 e que, portanto, não recebem o incentivo financeiro de custeio mensal, garantido no Art. 8º da mesma. Nas entrevistas realizadas com os profissionais, estes apresentam dificuldade em classificar a equipe que compõem.

Foram disponibilizados pela SAPS: cinco planilhas no formato XLS sobre a produtividade da equipe do Plano Piloto, respectivos aos meses de Janeiro, Fevereiro, Março, Abril e Maio; três planilhas no formato XLS referentes a produtividade da equipe de Taguatinga, referentes aos meses de Janeiro Fevereiro e Março; e quatro planilhas referentes a equipe de Ceilândia, no formato XLS referentes a produtividade dos meses de Fevereiro, Março, Abril e Maio.

Devido o fato de que as planilhas não eram referentes ao mesmo período temporal e de que há déficit de profissionais nos consultórios na rua nos meses disponíveis nas planilhas, foi adotado como critério de seleção o quadro mais completo de profissionais entre as planilhas disponíveis para cada consultório na rua do Distrito Federal, resultando no mês de Fevereiro em todas as três equipes.

De acordo com os dados obtidos pelas planilhas de produtividade das equipes foram atendidos 560 moradores em situação de rua, sendo realizados 2.252 atendimentos/procedimentos, e 78 encaminhamentos, sendo a equipe de Taguatinga a que atendeu o maior número de usuários e a equipe do Plano Piloto a que mais realizou atendimentos/procedimentos (Tabela 4).

**Tabela 4.** Frequência de usuários atendidos, procedimentos e encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em fevereiro de 2015.

<b>Consultório na Rua</b>	<b>Frequência de usuários atendidos</b>	<b>Frequência de atendimentos/ Procedimentos*</b>	<b>Frequência de encaminhamentos**</b>
Plano Piloto			
(Brasília)	212	1.414	71
Taguatinga	285	324	—
Ceilândia	63	514	7
<b>TOTAL</b>	<b>560</b>	<b>2.252</b>	<b>78</b>

Fonte: Dados das planilhas disponibilizadas pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

\*Atendimentos/procedimentos realizados iguais à: atendimento individual, atendimento/educação em grupo, curativos, inalções, injeções, retirada de ponto, vacinas, testagem rápida, verificação de pressão arterial, verificação de glicemia, coleta de exames, visitas domiciliares e reuniões e outros.

\*\*Encaminhamentos iguais à: Atendimento Especializado, Internação Hospitalar ou Serviços de Urgência/Emergência.

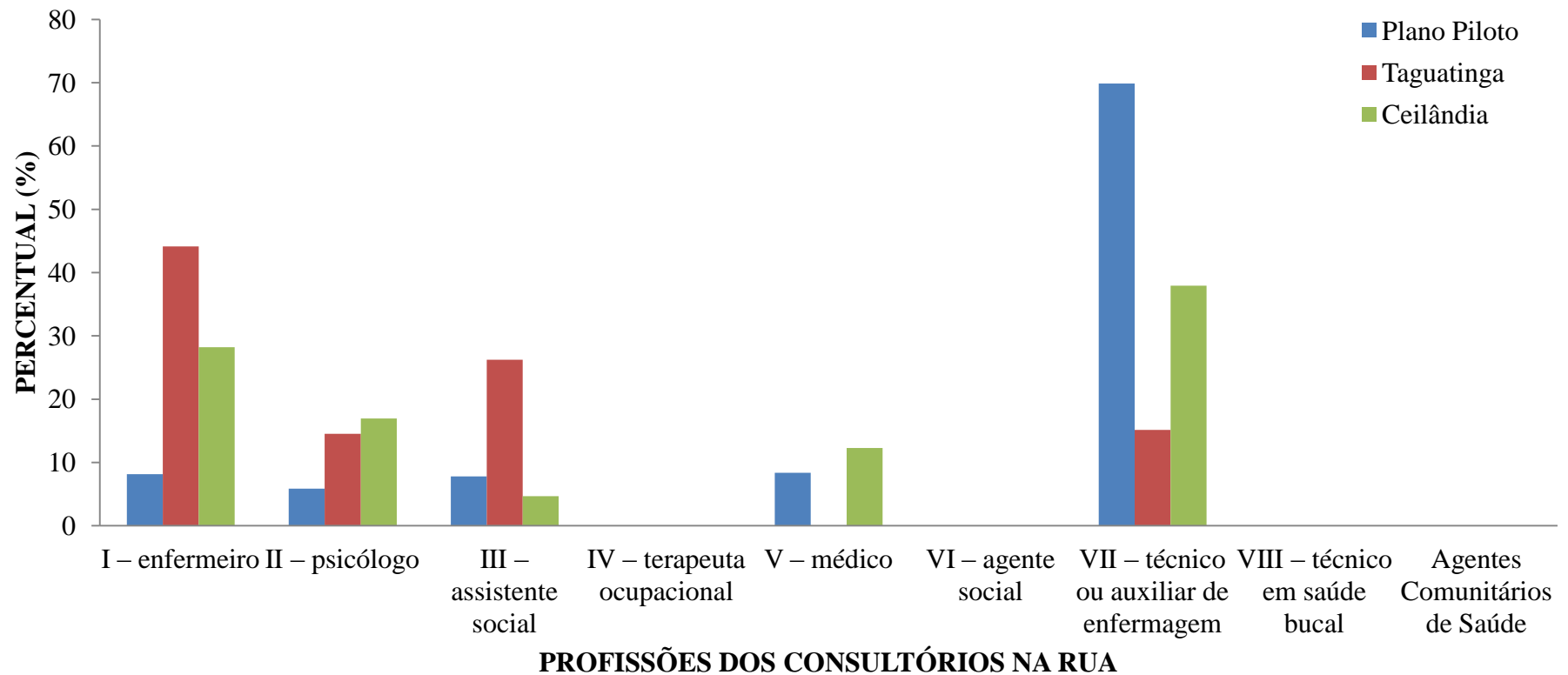
A equipe localizada no Plano Piloto realizou, no mês de fevereiro de 2015, um total de 1.414 atendimentos/procedimentos, sendo que destes 69,9% (N=988/1.414) realizados pelos técnicos ou auxiliar de enfermagem. Em Taguatinga foram realizados 324 atendimentos/procedimentos, sendo que deste total, 44,1% (N=143/324) foram realizado por enfermeiros. A equipe de Ceilândia realizou, no mesmo período, um total de 514 atendimentos/procedimentos, sendo que 37,9% (N=195/514) foram realizados pelos técnicos ou auxiliares de enfermagem (Tabela 5). Portanto, os profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem e enfermeiros foram os que mais realizaram atendimentos/procedimentos no referido mês (Tabela 5/Gráfico 1).

**Tabela 5.** Frequência de atendimentos/procedimentos realizados por profissionais de saúde dos consultórios na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015.

Profissão/ocupação	Equipe/ Unidade do Consultório na Rua do Distrito Federal					
	<u>Plano Piloto</u>		<u>Taguatinga</u>		<u>Ceilândia</u>	
	N	%	N	%	N	%
I – enfermeiro	115	8,1	143	44,1	145	28,2
II – psicólogo	83	5,9	47	14,5	87	16,9
III – assistente social	110	7,8	85	26,2	24	4,7
IV – terapeuta ocupacional	—	—	—	—	—	—
V – médico	118	8,4	—	—	63	12,3
VI – agente social	—	—	—	—	—	—
VII – técnico ou auxiliar de enfermagem	988	69,9	49	15,1	195	37,9
VIII – técnico em saúde bucal	—	—	—	—	—	—
Agentes Comunitários de Saúde	—	—	—	—	—	—
TOTAL	1.414	100	324	100,0	514	100,0

Fonte: Dados das planilhas disponibilizadas pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

**Gráfico 1.** Percentual de atendimentos/procedimentos realizados por profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015.



Fonte: Dados das planilhas disponibilizadas pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

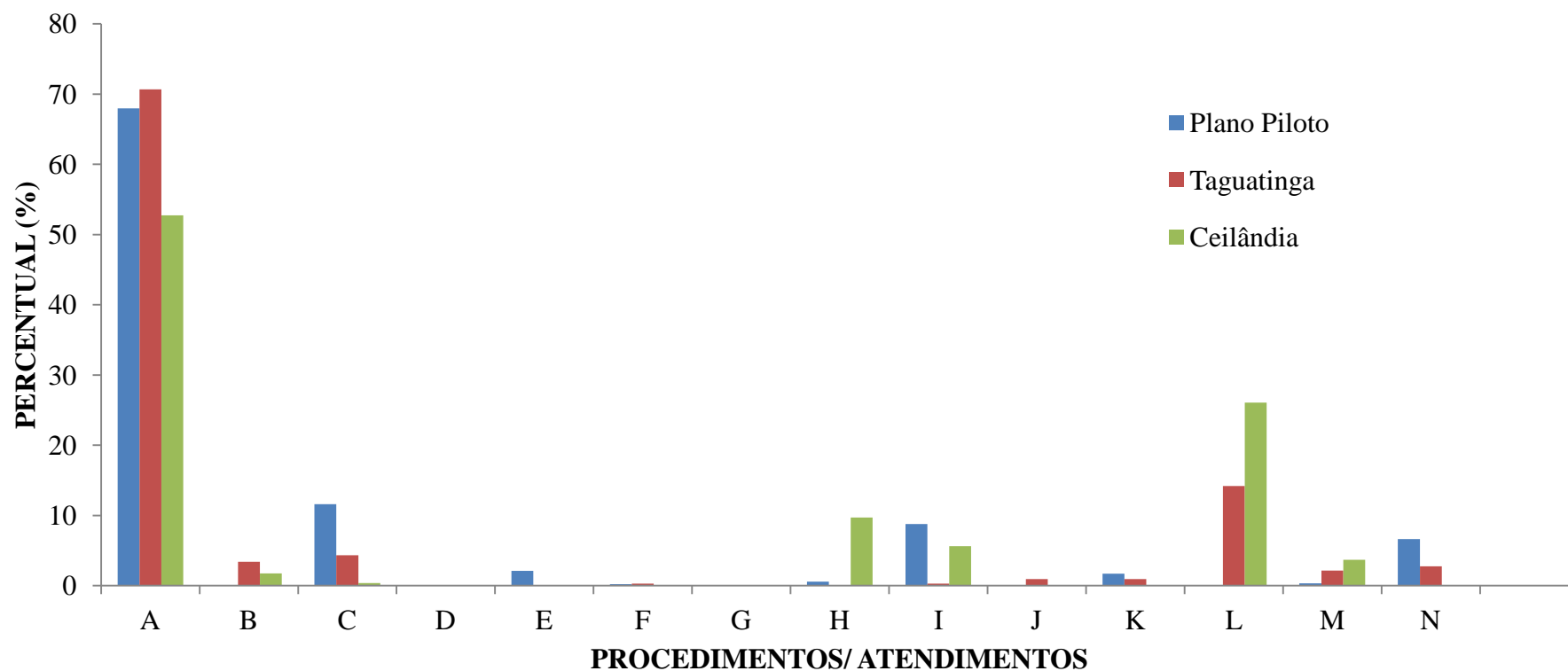
Dentre os atendimentos/procedimentos realizados nos consultórios na rua do Distrito Federal os atendimentos individuais (A) são os procedimentos mais realizados pelos profissionais de saúde das três equipes, seguido de visita domiciliar (L), exceto pela equipe do plano piloto que não registrou nenhuma atividade nesse campo, como também não registrou nenhum atendimento educacional em grupo (B). A equipe do Plano Piloto se destaca na realização de curativos (C), e nenhuma das presentes equipes registrou Vacinas (G) em seus atendimentos (Tabela 6/Gráfico 2).

**Tabela 6.** Frequência de atendimentos/procedimentos realizados por consultório na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015.

Procedimentos/Atendimentos	Equipe/ Unidade do Consultório na Rua do Distrito Federal					
	Plano Piloto		Taguatinga		Ceilândia	
	N	%	N	%	N	%
Atendimento Individual (A)	961	68,0	229	70,7	271	52,7
Atendimento e Educação em Grupo (B)	0	0,0	11	3,4	9	1,8
Curativos (C)	164	11,6	14	4,3	2	0,4
Inalações (D)	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Injeções (E)	30	2,1	0	0,0	0	0,0
Retirada de Ponto (F)	3	0,2	1	0,3	0	0,0
Vacina (G)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Testagem Rápida (H)	8	0,6	0	0,0	50	9,7
Verificação de Pressão Arterial (I)	124	8,8	1	0,3	29	5,6
Verificação de Glicemia (J)	0	0,0	3	0,9	0	0,0
Coleta de Exames (K)	24	1,7	3	0,9	0	0,0
Visitas Domiciliar (L)	0	0,0	46	14,2	134	26,1
Reuniões (M)	5	0,4	7	2,2	19	3,7
Outros (N)	94	6,6	9	2,8	0	0,0
TOTAL	1.414	100,0	324	100,0	514	100,0

Fonte: Dados das planilhas disponibilizadas pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

**Gráfico 2.** Percentual de atendimentos/procedimentos realizados por consultório na rua do Distrito Federal em Fevereiro de 2015.



**Legenda:** A– atendimento individual; B– atendimento/educação em grupo; C– curativos; D– inalações; E– injeções; F– retirada de ponto; G– vacinas; H– testagem rápida; I– verificação de pressão arterial; J– verificação de glicemia; K– coleta de exames; L– visitas domiciliares; M– reuniões; e N– outros.

Fonte: Dados das planilhas disponibilizadas pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

Dentre os 78 encaminhamentos realizados em Fevereiro de 2015, a equipe do Plano Piloto realizou 71, dentre eles, 36 foram a atendimentos especializados e 35 a internação hospitalar, não sendo registrado nenhum encaminhamento aos serviços de urgência e emergência. Na unidade de Taguatinga não foram registrados nenhum encaminhamento. Em Ceilândia foram sete encaminhamentos registrados, quatro de atendimentos especializados, uma internação hospitalar e dois atendimentos em serviços de urgência e emergência (Tabela 7).

**Tabela 7.** Frequência de Encaminhamentos, segundo categorias, realizados pelos profissionais de saúde lotados nos consultórios na rua do Distrito Federal em fevereiro de 2015.

<b>Consultório na Rua</b>	<b>Frequência (N) Atendimentos Especializados</b>	<b>Frequência (N) de Internação Hospitalar</b>	<b>Urgência e Emergência</b>	<b>TOTAL</b>
Plano Piloto				
(Brasília)	36	35	0	71
Taguatinga	—	—	—	—
Ceilândia	4	1	2	7
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>78</b>

Fonte: Dados das planilhas disponibilizadas pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal



## 6. DISCUSSÃO

A relação entre quantidade de equipes e o território em saúde, e a escassez/carência de tecnologias em saúde são os principais desafios dos consultórios na rua do Distrito Federal.

As três unidades/equipes de consultório na rua são insuficientes para atuar sobre todo o território em saúde do Distrito Federal, composto por 31 RAs (GDF, 2015). Segundo Duntra (2014) as RAs foram escolhidas de acordo com a quantidade e distribuição da população em situação de rua, entretanto, segundo o Censo da População em Situação de Rua no Distrito Federal de 2010, Águas Claras é a RA que apresenta maior percentual de crianças e adultos em situação de rua (GATTI e PEREIRA, 2011).

O número máximo de equipes por municípios/ Distrito Federal financiados pelo MS devem ser tomados com bases nos censos populacionais relacionados a população em situação de rua oficialmente reconhecidos, entretanto, não especifica uma relação entre quantidade de população em situação de rua versus quantidades de equipes, ficando em aberto a possibilidade de estabelecer outras equipes. A criação de novas equipes aumentaria a cobertura da atenção à saúde a população em situação de rua, fomentando o acesso universal, equânime e integral (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011b).

Referente ao espaço físico, a equipe de Ceilândia estudada conta com uma sala dentro do centro de saúde, não sendo possível alocar os profissionais que compõe a equipe, bem como, não fornecem espaço distintos aos atendimentos/procedimentos que necessitem de privacidade e as atividades administrativas, havendo a necessidade de disponibilização de mais uma sala. Segundo a portaria nº 122 de 2011, as atividades desempenhadas pelas equipes devem ter caráter itinerante, sendo que caso haja necessidades, a equipe deve desenvolver parcerias e compartilhar dos espaços físicos e tecnológicos das UBSs do território (BRASIL, 2011a). Portanto, caracteriza-se como por um desafio a sensibilização dos atores da saúde sobre a universalidade e a corresponsabilização de todos os profissionais quem compõem o SUS na atenção à saúde dessa população, bem como a importância de pactuar apoio e parceria junto às equipes dos consultórios na rua (BRASIL, 2011a; LONDERO, CECCIM e BILIBIO, 2014; HALLAIS E BARROS, 2015).

Devido a proximidade do consultório na rua do Plano Piloto ao Centro POP a equipe recebe uma demanda ativa por parte da população em situação de rua considerável, podendo

ser essa uma justificativa para o desfalque de um profissional motorista lotado na equipe não representar impacto na quantidade de usuários atendidos ou de atendimentos e procedimentos realizados. Contudo, se supormos as visitas domiciliares, igual a zero, registrada pela equipe do Plano Piloto como englobando as atividades in loco é possível pressupor um impacto considerável na produção da equipe como consultório na rua. Duntra (2014) aponta em seu estudo também realizado nos consultórios na rua do Distrito Federal que a proximidade da equipe do Plano Piloto ao Centro POP é um avanço, pois oferece espaço para que a população possa sanar suas necessidades físicas e fisiológicas, como a higiene pessoal e alimentação, como também é um retrocesso, pois segrega a população em situação de rua do atendimento convencional a rede de saúde, sendo necessário local específico e diferenciado para tal. Entretanto, mais do que segregação, representa um não reconhecimento do consultório na rua como parte da RAS pelos demais equipamentos do SUS, refletindo a falta da integralidade na atenção (BRASIL, 1990).

O trabalho em saúde requer diversos recursos tecnológicos integrados, que se difere em densidade tecnológica, mas que não estabelecem relações hierárquicas entre si, podendo ser classificadas como ‘tecnologias duras’ relativas a equipamentos e procedimentos, ‘tecnologias leveduras’ resultantes dos saberes técnicos estruturados e as ‘tecnologias leves’ referentes às relações. A APS deve utilizar de tecnologias complexas para atender as necessidades de saúde mais presentes e de maior relevância em seu território, atentando aos critérios de risco e vulnerabilidades da população, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural na busca pela integralidade na atenção (MEHRY, 1997; MERHY, 2002; CECÍLIO e MEHRY, 2003; MATTOS, 2004; MERHY e FRANCO, 2005; MENDES, 2011; BRASIL, 2011b).

Observamos uma disparidade entre as realidades da equipe de Taguatinga, que possui motorista lotado na equipe e o tem disponível em carga horária semelhante a dos demais profissionais, e as equipes do Plano Piloto e Ceilândia, cujos motoristas advêm de parcerias e realizam limitada quantidade de atividades in loco. É previsto pela PNAB e pela portaria nº 122 de 2011 a disponibilização pelas secretarias de saúde de um veículo, porém, estas não estabelecem a obrigatoriedade da inclusão de motorista dentro das equipes, sendo a falta desse profissional como componente efetivo um problema relevante na atuação junto à população em situação de rua, principalmente no que concernem as atividades in loco (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Alguns recursos indispensáveis para o trabalho nos consultórios na rua, como parte da APS, inexistem ou são insuficientes em algumas unidades do Distrito Federal: as equipes do Plano Piloto e Taguatinga não possuem acesso completo ao Sistema de Informação usado pelo SUS no Distrito Federal, o Trackcare; e a equipe de Taguatinga não tem acesso a linha telefônica própria, independente do Centro de Saúde. A falta dessas tecnologias dificultam a referencia e a contra-referência e o monitoramento do usuário dentro do SUS. Segundo Duntra (2014) a precariedade dos recursos materiais e da estrutura física dos consultórios na rua do Distrito Federal é um dos maiores desafios, que limitam e repercutem na atenção prestada.

As equipe de consultório na rua do Distrito Federal não recebem os custeios garantidos pela portaria nº 122 de 2011 pois não conseguem atender as demandas de carga horária e proporção de profissionais de nível médio e superior estabelecidos, apesar de contemplar o quantitativo e a diversidade de profissionais exigidos. Além do mais, as equipes dos consultórios na rua do Distrito Federal não contemplam de terapeutas ocupacionais, agentes sociais, técnicos em saúde bucal ou agentes comunitários em saúde, ainda que sejam previstos como possíveis profissionais pelas legislações, fragilizando a multiprofissionalidade das equipes e o trabalho interdisciplinar. Em estudo realizado no Sul do Brasil, também não foi encontrada uma diversidade de profissões na composição das equipes dos consultórios na rua, entretanto, diferenciavam do presente estudo por conter cirurgião dentista e técnicos de saúde bucal. O setor saúde é peculiar, pois demanda de intenso e diversificado uso de mão de obra, sendo os profissionais de saúde uma tecnologia importante e valiosa, a centralidade do profissional médico, advindo do modelo biomédico, no quadro laboral da saúde no Brasil encontra-se em movimento de rápida transição para equipes multiprofissionais trabalhando no sentido de redes de atenção (MACHADO, OLIVEIRA E MOYSES, 2010; BRASIL, 2011b; MENDES, 2011; LAROCCA, et al. 2015).

Acerca do indicador sexo dos profissionais dos consultórios na rua, o maior percentual é de mulheres, segundo Machado, Oliveira e Moyses (2010), estudo que teve por objetivo descrever as tendências e movimentos do mercado de trabalho em saúde no Brasil até o ano de 2010 no SUS, há um movimento de ‘Feminização da Força de Trabalho’, onde as mulheres representam mais de 70% de toda a força de trabalho no setor saúde no Brasil. A prevalência de mulheres no setor saúde também foi aferido por Tomasi et al. (2008) em seu estudo realizado com a APS na região Nordeste e Sudeste do país, onde 81% eram do sexo feminino em sua amostra composta por 3.790 trabalhadores.

Ao que concerne a faixa etária dos profissionais dos consultórios na rua do Distrito Federal, quase metade do quantitativo dos profissionais entrevistados concentra-se em uma única faixa etária, de 26 à 30 anos de idade, caracterizando uma população jovem, semelhante ao encontrado em estudos realizados com Equipes de Estratégia Saúde da Família, ambas modalidade de equipes que realizam atividades de forma itinerante (COTTA, et. al, 2006; ESCOREL, et. al, 2007; GONÇALVES, et al. 2014 ).

O tempo de trabalho nos consultórios prevaleceu entre 31 à 36 meses, o que equivale à um período de dois anos e meio à três anos de atividades desenvolvidas nos consultórios, não havendo muita rotatividade no serviço, considerando que o consultório na rua só foi desenvolvida pelo SUS como estratégia da APS em 2011 com a portaria nº 122. A não rotatividade dos membros que compõem as equipes dos consultórios na rua proporciona a criação de vínculo, a longitudinalidade do cuidado e a corresponsabilização entre profissionais de saúde e usuário sobre sua saúde. O acolhimento e vínculo são tecnologias fundamentais para efetivar a APS como porta de entrada preferencial e coordenadora da RAS (BRASIL, 1990; MERHY et al. 2003; BRASIL, 2011a).

É válido ressaltar que não foi possível abordar nesse estudo as tecnologias leves dos consultórios na rua, do trabalho vivo em saúde, pois seria necessária uma abordagem mais ampla, buscando analisar como é a atenção prestada pelo serviço, principalmente relacionados a equidade do acesso. Apesar da ausência de registro de atividades de prevenção, como o de vacinas registradas pelas equipes, é inviável generalizar os dados referentes a produtividade, por se tratar da descrição de um mês específico, Fevereiro, pois este pode ter sido atípico na realidade dos consultórios na rua, além de que, os dados foram obtidos no momento de troca de gestão e mudanças na estrutura da SAPS o que pode justificar a escassez desses dados armazenados, ademais, alguns registros são imprecisos, como os relacionados as atividades in loco, onde não fica explícito se as visitas domiciliares são ou não referentes as atividades in loco, se são referentes a visitas às casas de usuários que estabelecem vínculos precários com as família e voltam para seus lares ocasionalmente, ou ainda se são visitas referente aqueles que pernoitam por instituições. Também não foi possível calcular taxas, pois há a possibilidade de usuários que realizaram mais de um tipo de atendimento, nem descrever as ações intersetoriais estabelecidas, sendo necessários estudos a cerca dessas perspectivas.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessária a realização de um censo oficial da população em situação de rua possibilitando um panorama da distribuição geográfica dessa população, subsidiando a gestão na ampliação do número de equipes de consultórios na rua para cobrir todo o território em saúde do Distrito Federal, tendo em vista que é inviável às equipes estabelecidas em suas presentes dimensões e composições, ainda que trabalhem de forma interdisciplinar e estabeleçam ações intrasetoriais e intersetoriais, oferecer atenção em saúde de acordo com os princípios doutrinários do SUS à real população em situação de rua distribuída entre as regiões administrativas existentes.

É evidente a necessidade de fortalecer e ampliar os recursos tecnológicos dos consultórios na rua já estabelecidos no Distrito Federal, pela sensibilização e educação permanente em saúde dos demais profissionais de saúde que compõem os SUS, objetivando o acolhimento da população em situação de rua por toda a RAS, e pela contratação de profissionais não relacionados na configuração atual das equipes visando o fortalecimento das equipes multidisciplinares, além do provimento de recursos escassos ou inexistentes na realidade laboral das equipes, como o telefone e o acesso ao Trackcare.

Ademais é imprescindível efetuar alterações na portaria nº 122 de 2011, acrescentando a exigibilidade do motorista como profissional à compor as equipes dos consultórios na rua, a flexibilização da carga horária mínima exigida para atuação da equipe ou profissão/ocupação ao invés de por cada profissional e inclusão de outras profissões a compor as equipes, como profissionais de educação física, sanitarista (graduados em Saúde Coletiva) entre outros, visando fortalecer as equipes multiprofissionais. Entretanto é primordial averiguar a realidade em que estão atuando as demais equipes de consultórios na rua existentes, visando compreender se o cenário atual descrito por este estudo é semelhante ou distinto das demais regiões, estados e municípios do país.

## REFERÊNCIAS

ABIB, Leonardo Trápaga; DAMICO, José Geraldo Soares. **Possibilidades de composição de uma equipe de consultório na rua.** Revista Didática Sistêmica. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande, 2013. Edição Especial (2013), p. 97-111, 2013.

AMIRI, Fahimeh Bagheri et al. **Vulnerability of Homeless People in Tehran, Iran, to HIV, Tuberculosis and Viral Hepatitis.** 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_, Governo Federal. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua,** 2008a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da união, v. 128, n. 182, 1990.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 150-155, 2011c.

\_\_\_\_\_, Ministério da saúde. **Manual sobre o cuidado a saúde junto à população em situação de rua.** 2012.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, 2011b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Saúde na Rua. **Abrindo uma porta: Consolidando a Cidadania no SUS**. Cartilha de orientação para pessoas em situação de rua. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sumário Executivo: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2008b.

\_\_\_\_\_, Ministério do Desenvolvimento. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis)>. Acesso em: 03 de Junho de 2015. L, v. 8742, 1993.

CARBONE, Maria Herminda. **Tísica e rua: os dados da vida e seu jogo**. 2000. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

CECÍLIO, Luiz Carlos; MEHRY, Emerson Elias. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde, v. 1, p. 197-210, 2003.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. Epidemiologia e serviços de saúde, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DUTRA, Ana Luísa Pires. **Consultório de/na rua: uma mudança na realidade de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua no DF?**. 2014.

ESCOREL, Sarah et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev Panam Salud Publica, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

FERREIRA, Frederico Poley. **População em Situação de Rua, vidas privadas em espaços públicos: O caso de Belo Horizonte 1998–2005**. Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cedeplar.ufmg.br%2Fseminarios%2Fseminario\\_diamantina%2F2006%2FD06A096.pdf&ei=5shrVYb6KISYNpDVg9AJ&usg=AFQjCNH50ZXB3frrG\\_](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cedeplar.ufmg.br%2Fseminarios%2Fseminario_diamantina%2F2006%2FD06A096.pdf&ei=5shrVYb6KISYNpDVg9AJ&usg=AFQjCNH50ZXB3frrG_)>

4jDBE4KnSKCHd3wQ&sig2=Qqh3iPndxZIHmFr\_vWRuw&bvm=bv.94455598,d.eXY>.

Acesso em: 01 de jun de 2015.

GATTI, Bruna Papaiz; PEREIRA, Camila Potyara. **PROJETO RENOVANDO A CIDADANIA**. 2011.

GDF, SITE SAÚDE. Relação de Regiões Administrativas. Disponível em: <<http://www.df.gov.br/>>. Acesso em NOV. 2015.

GONÇALVES, Caroline Reis et al. **Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. **Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade**. Cad. saúde pública, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, 2015.

JORGE, Jorgina Sales; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. **Consultório de Rua: Contribuições e desafios de uma Prática em Construção**. Saúde & transformação Social, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 39-48, 2012.

LAROCCA, Liliana Muller et al. **Trabalhar no Consultório na Rua Uma análise por meio do uso do software Iramuteq**. CIAIQ2015, v. 1, 2015.

LONDERO, Mário Francis Petry; CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. **Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu. Vol. 18, n. 49 (abr./jun. 2014), p. 251-260, 2014.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Elaine dos Santos; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. **Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2010.

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2003. v. 1. P.296



MERHY, Emerson Elias. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: micropolítica do trabalho vivo em ato em saúde**. In: Emerson Elias; ONOCKO, H. *Agir em Saúde: um desabafo para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. P.71-112.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em saúde**. Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ, 2005.

NORDENTOFT, Merete; WANDALL-HOLM, Nina. **10-year follow-up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen**. *Ugeskrift for laeger*, v. 166, n. 18, p. 1679, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde. Washington: OMS, 1954.

SANTANA, Carmen. **Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua**. Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, agosto de 2014.

TOMASI, Elaine et al. **Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil**. *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 1 p. 193-201, 2008.

## APÊNDICES

### APÊNDICE I – ROTEIRO DA ENTREVISTA

#### Núcleo I – Identificação

1. Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
2. Código Nome: \_\_\_\_\_
3. Idade: \_\_\_\_\_
4. 4. Sexo: M (   )      F (   )
5. Profissão: \_\_\_\_\_
6. Ocupação no CR: \_\_\_\_\_
7. Tempo que trabalha no Consultório na Rua (em meses): \_\_\_\_\_
8. Modalidade do CR: \_\_\_\_\_
9. Atende na Rua: \_\_\_\_\_
10. Quantas vezes por semana: \_\_\_\_\_
11. Como são os atendimentos: \_\_\_\_\_

#### Núcleo II – Questões Norteadoras

1. Quando o senhor (a) foi nomeado para o Consultório na Rua o(a) senhor(a) já havia tido alguma experiência/informação a respeito desse dispositivo? E com os agravos/necessidades de atendimento desse dispositivo? Quais os agravos?
2. O que a tuberculose representa para o(a) senhor(a)?
3. O senhor (a) tem cursos de atualização, especialização, outros relacionado a TB?
4. Como o(a) senhor(a) se posiciona como profissional de saúde frente ao cuidado da tuberculose com a população em situação de rua?
5. Como o(a) senhor(a) descreveria sua prática (atuação/inserção) no tratamento da tuberculose?

## **APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Prezado Profissional,

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Tuberculose: Percepções dos profissionais dos Consultórios na Rua do Distrito Federal.

O objetivo desta pesquisa é: Compreender como os profissionais dos Consultórios na Rua percebem a tuberculose.

Para a pesquisa será realizada uma entrevista, que posteriormente será transcrita. A entrevista ocorrerá no Consultório na Rua, na Universidade de Brasília ou em outro lugar previamente combinada, em uma data combinada antecipadamente, com tempo estimado de aproximadamente 60 minutos.

Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo, através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a) a partir da substituição por um código do seu nome e características que permitiriam lhe identificar.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para a rede de serviços de saúde e de assistência social podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone das 08h às 18h, ou se preferir enviar email para: Talita Mosquetta Maleski Almeida, número (61)8137-3242, e-mail: talitamaleski@gmail.com, ou para Wildo Navegantes de Araújo, número (61)8117-7974, email: wildo74@gmail.com

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Assinatura do entrevistador \_\_\_\_\_

Nome do participante voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

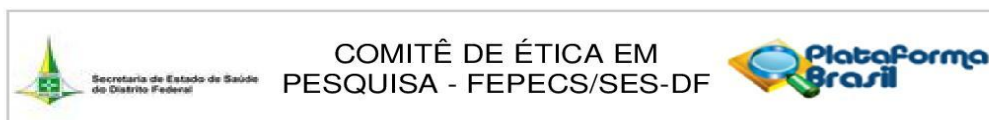
(1ª. Via – Sujeito da pesquisa)

(2ª. Via – Pesquisador)

Pesquisadores: Wildo Navegantes de Araújo, matrícula UnB 1060457, professor adjunto, Faculdade UnB Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB), Josenaide Engracia dos Santos, professora adjunta, matrícula UnB 1050737, Faculdade UnB Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB) e Talita Mosquetta Maleski Almeida, mestranda do Programa do Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB),.

## ANEXOS

### ANEXO I- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TUBERCULOSE: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DOS CONSULTÓRIOS NA RUA DO DISTRITO FEDERAL

**Pesquisador:** Wildo Navegantes de Araujo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 39185514.7.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 979.139

**Data da Relatoria:** 23/02/2015

##### Apresentação do Projeto:

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública, sendo ainda a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos e a segunda causa mundial de mortalidade apesar de ser uma doença curável.

##### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender como os profissionais dos Consultórios na Rua percebem a tuberculose.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil profissional dos servidores dos Consultórios na Rua no Distrito Federal;

Analisar como os profissionais dos Consultórios na Rua percebem a tuberculose; Explicar como os profissionais dos Consultórios na Rua se posicionam frente às tecnologias de tratamento da tuberculose na População em situação de rua; Identificar como se dá a inserção dos profissionais dos Consultórios na Rua na assistência dos pacientes em situação de rua com tuberculose.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-Esclareceu a relevância do estudo e também os possíveis riscos e as possíveis formas de minimizar a possibilidade dos riscos.

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3325-4955

**Fax:** (33)3325-4955

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com